FIRST QUANTUM MINERALS LTD.

Rojo MPSA- ER y Grupo Médico

Formulario de Evaluación Médica Inicial o de Preempleo

NOTA PARA EL CANDIDATO: Por favor complete las Secciones A, C, D y E lo más minuciosamente posible antes del chequeo de salud.

NOTA PARA EL MÉDICO: Por favor revise las Secciones A ~ E. Complete las secciones pertinentes a partir de la sección D.

A. Información personal del Candidato

Titulo:	☐ Sr. ☐ Señorita ☐ Señora ☐ Doctor ☐ Otros, estados:_____
Apellido:	
Nombre :	
Género :	☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento:	
Nacionalidad :	
Número de Pasaporte / Cedula :	
Estado Civil :	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo
Dirección del domicilio:	
Teléfono del trabajo:	
Celular:	
Correo:	
Pariente próximo (para contacto de emergencia)	
Número de Contacto:	
Nombre y contactos del médico asistente	

B. Información del trabajo (para ser completado por RH)

Propuesta de título de trabajo y función			
Principale Departamento/departamentos para trabajar			
Superintendente del Departamento/Supervisión directa			
Correo electrónico de contacto para Managers			
Numero HEG:		Numero de empleado en HRIS	
Fecha de contratación o propuesta de contratación (dd / mm / aaaa)		Duración del contrato	
Duración propuesta del empleo	☐ Residencial expat ☐ FIFO expat ☐ FIFO contratista ☐ Panameño		

C. Consentimiento al chequeo y monitoreo de salud, retención de registros y divulgación de información médica

Yo,…….., consiento por lo tanto a someterme a las evaluaciones medicas requeridas para assegurar

que estoy apto para realizar mi trabajo como requerido para el empleo en sitios FQM. Entiendo que el examen que estoy a punto de realizar proporcionara informacion para evaluar mi estado de salud y, si bien esta informacion medica sigue siendo confidencial, ayudara a proporcionar a FQM recomendaciones sobre mi aptitud para trabajar, Y el uso de dispositivos de proteccion. Por la presente entiendo y reconozco que:

a) acepto someterme a chequeos medicos y recibir vacunas segun sea necesario y que los resultados de las pruebas y pruebas de terceros pueden ser revelados a la revision del personal medico para que la aptitud para trabajar sea evaluada.

b) Reconozco que los chequeos medicos que se realizan en mi persona simplemente permitiran que el proveedor de servicios medicos o la compania evaluen mi estado de salud e aptitud para el trabajo y no hay responsabilidad en nome del proveedor de servicios medicos o FQM asumir cualquier responsabilidad de diagnosticar cualquier condicion medica que pueda tener, o de tratarme, o asumir la responsabilidad de mi atencion continua.

c) La informacion proporcionada por mi es verdadera y correcta y entiendo que cualquier declaracion u omision falsa puede invalidar los terminos de mi empleo y puede resultar en la terminacion del empleo.

d) Por la presente dejo claro a la compania de cualquier reclamo que ueda resultar de este examen.

Al firmar este formulario de consentimiento, confirmo que he leido y entiendo completamente los terminos y condiciones anteriores.

Tambien declaro que las declaraciones hechas en este formulario son a mi mejor saber y entender y toda la historia medica conocida ha sido declarada.

Consentimiento dado el (fecha) _____ **por (imprimir nombre)** _____**Firma** _____

Testigo por (fecha) _____ **por (imprimir nombre)** _____ **Firma** _____

C. CONSENTIMIENTO PARA TESTE DE SANGRE

Por la presente acepto someterme a exámenes de sangre según lo informado por el proveedor de servicios médicos.

Una prueba de VIH estará sujeta a un consentimiento específico y separado.

Consentimiento dado el (fecha) _____ **por (imprimir nombre)** _____**Firma** _____

D. Historia del trabajo anterior

D1 Historia del empleo (si usted tenía más de un papel en compañías pasadas, llene por favor una sección en cada papel)

Compañía pasada	Minería	Función de trabajo y exposiciones	Duración	Partir de la fecha	Hasta la fecha
	☐ Si ☐ No				
	☐ Si ☐ No				
	☐ Si ☐ No				
	☐ Si ☐ No				
	☐ Si ☐ No				

D2 Historia Ocupacional: Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes opciones?

Lesiones graves en el trabajo	☐ Si ☐ No
Una enfermedad relacionada con el trabajo	☐ Si ☐ No
Beneficios de indemnización por lesiones o enfermedades profesionales	☐ Si ☐ No
Ha sido rechazado por empleo o ha sido encontrado incapacitado para trabajar en otra empresa	☐ Si ☐ No
Declarado no apto para trabajar por una agencia o departamento gubernamental	☐ Si ☐ No
Trabajó en un trabajo que requirió protección de piel, oído o pulmón	☐ Si ☐ No

Si ha marcado SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor proporcione los detalles aquí.

D3 Historia Ocupacional:

Por favor, marque si alguna vez ha estado expuesto a alguno de los siguientes casos en sus trabajos anteriores:

☐ Exceso de ruido	☐ Mercurio	☐ Radioactividad	☐ Químicos tóxicos
☐ Plomo	☐ Soldadura	☐ Polvo (minería, corte de piedra, cantera)	☐ Vibración
☐ Amianto	☐ Otros (explicar): :_____		

Los médicos examinadores comentan la historia ocupacional:

E. Antecedentes de salud

E1 Quejas de salud

E1.1 Sistema cardiovascular: Alguna vez sufrió alguna de las siguientes afecciones?

Presión arterial alta / baja ☐	Dolor / molestia en el pecho ☐	Angina de pecho o un ataque cardíaco ☐	Enfermedad del corazón o de la circulación ☐
Ritmo cardiaco anormal ☐	Cualquier operación del corazón ☐	Perder el conocimiento / desmayos ☐	Accidente vascular cerebral ☐
Fiebre reumática ☐	Dificultad para respirar durante el ejercicio ☐		Dolor en el pecho durante el ejercicio ☐
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	☐ Si ☐ No		

E1.2 Sistema respiratorio: Ha sufrido usted alguna de las siguientes afecciones?

Asma ☐	Bronquitis ☐	Pneumonia ☐	Tos con sangre ☐
Dolor en el pecho con tos ☐	Dificultad para respirar en reposo ☐	Sibilancias ☐	Dificultad para respirar durante el ejercicio ☐
Tuberculosis ☐	Sudores nocturnos ☐	Sueles toser cuando te levantas de dormir? ☐ Si ☐ No	
Tose esputo oscuro / viscoso en cualquier momento?	☐ Si ☐ No	Si sí, cuándo:	Todos los días durante los 3 últimos meses ☐ 2-3X / semana ☐ Semanal ☐ Raramente ☐
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	☐ Si ☐ No		

E1.3 Sistema digestivo: Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones?

Dolor abdominal ☐	Diarrea persistente ☐	Indigestión recurrente ☐	Heces oscuras o sangre en las heces ☐
Vómitos de sangre ☐	Reflujo / acidez estomacal ☐	Úlceras estomacales ☐	Cambio en su peso (5kg arriba / abajo) ☐
Ictericia / Hepatitis ☐	Hernias ☐	Hemorroides ☐	Cambios marcados en los hábitos intestinales ☐
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	☐ Si ☐ No		

E1.4 Ojos, oídos, nariz y garganta: Alguna vez sufrió alguna de las siguientes afecciones?								
Descarga del oído		Tímpano perforación		Cataratas		Dificultad visual / visión doble		
El uso de lentes de contacto / gafas para ver		Problemas de sinusitis / secreción nasal		Fiebre del heno / otra alergia		Úlceras o llagas orales		
Sufre de problemas de audición en uno o ambos oídos?	Si	No		Escuchas música con auriculares?	Si	No	A veces	
Alguna vez te das cuenta de zumbidos, silbidos o zumbidos en tu oído	Si	No	A veces					
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	Si	No						

E1.5 Sistema nervioso: Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones?								
Mareos / desmayos		Apagones/perdida de conocimiento		Epilepsia/convulsion		Dolores de cabeza / migraña		
Entumecimiento o debilidad		Condición Mental, incluyendo depresión, ansiedad, trastorno bipolar y otros trastornos nerviosos, etc.						
Tiene problemas con	Dormir o quedarse dormido		Cambios de humor		Somnolencia		Concentración	
Alguna vez ha sido diagnosticado con una enfermedad o trastorno del sistema nervioso	Si	No						
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	Si	No						

E1.6 Genitourinario: Alguna vez sufrió de alguna de las siguientes afecciones?								
Enfermedad renal (incluidas las piedras)		Doloroso paso de orina		Enfermedad prostática (hombres)		Infecciones recurrentes de la vejiga / riñón		
Infección transmitida sexualmente		Frotis cervical anormal		Sangre en la orina		Está embarazada actualmente?	Si	No
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	Si	No						

E1.7 Piel, sistema metabólico y linfático: Alguna vez sufrió de alguna de las siguientes afecciones?								
Inflamación de los ganglios		Hinchazón en el cuello		Diabetes		Enfermedad de tiroides		
Bultos en los senos		Cualquier cáncer o crecimiento		Enfermedad de la sangre		Otras enfermedades crónicas		
Alergias de la piel / eccema		Otras enfermedades de la piel		Venas varicosas		Ulceras en las piernas u otras áreas		
Padece alguna alergia / sensibilidad severa?	Si	No		En caso afirmativo, qué:				
Son estas sensibilidades causadas por / o empeoradas por el trabajo	Si	No		En caso afirmativo, de qué?	Polvo	Productos químicos	Otros	
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	Si	No						

E1.8 Sistema músculo-esquelético: Alguna vez ha padecido alguna de las siguientes afecciones?								
Accidente reciente / fractura		Dolor en los músculos o en las articulaciones		Dolor de huesos		Problema / deformidad del pie		
Alguna vez ha tenido una lesión / condición a la siguiente que le ha mantenido fuera del trabajo por más de 2 semanas?						Hombro	Codo	Mano / muñeca
						Cadera	Rodilla	Tobillo
Alguna vez ha tenido algún dolor en la espalda que le haya mantenido fuera del trabajo o que le hayan asignado tareas alternativas?						Si	No	
Si la respuesta es afirmativa: Cuántas veces tuvo el dolor de espalda en los últimos dos años?				Alguna vez ha tenido una operación de espalda?		Si	No	
Tuvo dolor / entumecimiento en las piernas?	Si	No		Tuve que ausentarse del trabajo durante más de 2 semanas a la vez?		Si	No	
Alguna vez ha tenido algún dolor en su **cuello** que le haya mantenido fuera del trabajo o que le hayan asignado tareas alternativas						Si	No	
Ha tenido dolor / entumecimiento en sus manos / brazos?	Si	No		Tuve que ausentarse del trabajo durante más de 2 semanas a la vez?		Si	No	
Ha consultado a un médico para cualquiera de estas condiciones?	Si	No						

E1.9 Enfermedades pasadas o operaciones						
Alguna vez ha tenido alguna cirugía?	Si	No	Si si,	Tipo de operación		Año	
				Tipo de operación		Año	
				Tipo de operación		Año	
Alguna vez ha tenido una enfermedad infecciosa o tropical?	Si	No	Si si,	Qué enfermedad		Año	
				Qué enfermedad		Año	

Incluya cualquier condición médica no mencionada arriba o amplíese como sea requerido en cualquier información adicional que usted pueda tener:

E2 Medicación

Está tomando actualmente o ha tomado alguno de los siguientes medicamentos?

☐ Pastillas para la diabetes	☐ Inyecciones de Diabetes	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto
☐ Pastillas para a TB	☐ Inyecciones para a TB	☐ Epilepsia	☐ Enfermedad del corazón
☐ Anticonceptivos orales	☐ anticoagulantes	☐ Asma	☐ Medicamento contra la malaria

☐ Otros (ampliar): _____ Es usted alérgico a algún medicamento? Si si, que_____

E3 Salud de la familia / parientes

Alguno de su familia inmediata sufre de cualquiera de los siguientes?

☐ Asma	☐ Alergias	☐ Presión arterial alta	☐ Colesterol alto
☐ Diabetes	☐ Ataque del corazón	☐ Epilepsia	☐ Enfermedad mental
☐ Dependencia de alcohol y drogas	☐ TB (complete el cuestionario de tuberculosis en el formulario A)	☐ Cáncer	

E4 Salud de la familia / parientes

Relación	Si está vivo, la salud es buena o alguna enfermedad crónica	Si fallecido, causa de muerte	Edad a la muerte
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			

E5 Historial clínico

Ha tenido algún período de enfermedad en los últimos 2 años?	☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, indique los períodos de enfermedad		Indique el motivo de la ausencia por enfermedad
Desde (mm / aaaa)	**A** (mm/aaaa)	

E6 Estilo de vida

Usted bebe?	☐ Si ☐ No
Si es así, cuántos vasos de alcohol toma por día?	_____ Vasos/botellas día
Fuma?	☐ Si ☐ No
Si es así, cuántos por día?	cigarillos
Si usted es un ex-fumador, cuándo dejó de fumar regularmente?	_____ hace cuantos años

Los médicos examinadores comentan sobre la historia de la salud (complete el Formulario A según sea necesario sobre la base de la tos o el riesgo de TB):

F. Historial de Vacunación

F 1. Antecedentes de vacunación

Todos los grupos reciben la vacuna contra el tétanos en el pre-empleo.

Sólo se requiere completar esta sección si se conoce la información. Si no sabe / no está seguro entonces sólo estado- 'desconocido'

Tipo	Vacunas anteriores - fechas	Vacunas recibidas
Difteria + Pertusis + Polio		
Tetano		
Hepatitis A		
Hepatitis B		
Tifoidea		
Influenza		

Meningitis meningococa		
Sarampión		
Paperas		
Rubéola		
Pneumococo (Pneumovax)		
Polio (inyectable)		
Rabia		
Fiebre Amarilla		
Otros		
Otros		

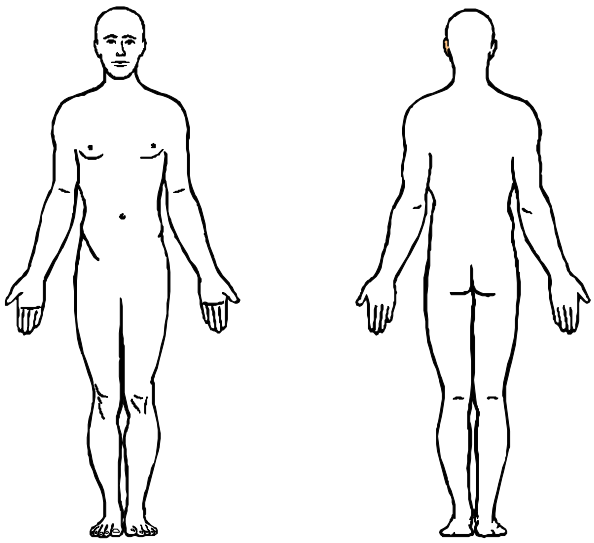
G. Examen Físico

G1. Parámetros generales

	Resultados	(Rango normal) / Detalles de la anomalía	
Edad en años			
Presión arterial - 1ª lectura	mmHg	100-135/ 60-85	
Presión arterial - 2ª lectura	mmHg	100-135/ 60-85	
Frecuencia de pulso	/ minuto	(50 ~ 100)	
Arritmia Pulmonar	☐ No ☐ Si	No	
Frecuencia Respiratoria	/ minuto	12-20	
Temperatura - Oral	Grado Celsius	(36.0 ~ 37.5)	
Peso corporal	kg	-	
Altura	m	-	
Índice de masa corporal	-	(18.5 ~ 25.0)	

Hay señales de	Ictericia ☐	Anemia ☐	Enfermedad cronica ☐	Acropaquia ☐	Ganglios linfáticos ☐
	Edema ☐	Resollar ☐	Roncus ☐	Soplos cardíacos ☐	Organomegalia ☐
	erupción cutánea ☐	Escoliosis ☐	Infección en la piel ☐	Deformidad articular ☐	Enfermedad bucal ☐

G2. Examen del sistema

	Resultados	Detalles de la anomalía
Ojos y pupilas	☐ Normal ☐ Anormal	
Orejas, nariz y garganta (incluye tiroide)	☐ Normal ☐ Anormal	
Dientes y boca	☐ Normal ☐ Anormal	
Sistema nervioso central	☐ Normal ☐ Anormal	
Sistema nervioso periférico	☐ Normal ☐ Anormal	
Pecho y sistema respiratorio	☐ Normal ☐ Anormal	
Sistema cardiovascular (corazón y periférico)	☐ Normal ☐ Anormal	
Vísceras abdominales	☐ Normal ☐ Anormal	
Orificios de la hernia	☐ Normal ☐ Anormal	
Anus y recto **	☐ Normal ☐ Anormal	
Genitourinario	☐ Normal ☐ Anormal	
Extremidades y espalda	☐ Normal ☐ Anormal	
Pantalla musculoesquelética (ver más abajo)	☐ Normal ☐ Anormal	
Piel y varices	☐ Normal ☐ Anormal	
Estigmas de abuso de sustancias	☐ No ☐ Si	
Sistema linfático-reticular	☐ Normal ☐ Anormal	
Sistema endocrino / metabólico	☐ Normal ☐ Anormal	
Seno * (sólo mujeres)	☐ Normal ☐ Anormal	
Próstata * (Masculino> 50 años solamente)	☐ Normal ☐ Anormal	
Identificación de marcas (tatuajes / cicatrices)	☐ Normal ☐ Anormal	

*** El examen de mama y próstata sólo debe realizarse si no se realiza en exámenes de bienestar-formalmente se refieren al servicio de salud clínica según sea necesario o disponible. chaperón femenina necesaria para el examen de la mama.**

**** Sólo se requiere basado en la historia u otros signos clínicos sospechosos**

Detalles de cualquier anormalidad en el examen físico:

H. Investigaciones Especiales

H1. Prueba de Visión (adjunte la impresión de papel de la exploración de la visión automatizada a este médico si está disponible y, si es así, no hay necesidad de añadir una descripción escrita de la agudeza visual)

	Resultados	D (sin gafas)	I (sin gafas)	D (gafas)	I (gafas)
Agudeza Visual - Lejo	☐ Aprobado ☐ Fallo	/6 20/	**/6 20/**	**/6 20/**	**/6 20/**
Agudeza visual - Cerca	☐ Aprobado ☐ Fallo	**/6 20/**	**/6 20/**	**/6 20/**	**/6 20/**
Campos visuales derechos	☐ Aprobado ☐ Fallo				
Campos Visuales Izquierdos	☐ Aprobado ☐ Fallo				
Percepción de profundidad	☐ Aprobado ☐ Fallo				
Daltonismo - Proyección	☐ Aprobado ☐ Fallo				
Daltonismo - Ishihara	☐ Aprobado ☐ Fallo	Si anormal: ☐ Rojo / Verde deficiente ☐ Total daltonismo			

Comentarios sobre anormalidades:

H2. Prueba de audiometría (adjunte la impresión de papel de la prueba auditiva automatizada a este médico según esté disponible). Si la forma completa anormal C.

A qué hora fue su última exposición al ruido?	☐ En la última hora	☐ En las ultimas 8 horas	☐ En las ultimas 16 horas	☐ Hace más de 16 horas			
Protección auditiva utilizada en el trabajo	☐ Si	☐ No	Protección utilizada en las últimas 16 horas	☐ Si	☐ No	Audífonos en uso	☐ Si ☐ No
Otoscopia pre-audiometría	Canal auditivo D	☐ Normal	☐ Anormal	Membrana timpánica del oído D	☐ Normal	☐ Anormal	
Otoscopia pre-audiometría	Canal auditivo I	☐ Normal	☐ Anormal	Membrana timpánica del oído I	☐ Normal	☐ Anormal	
Fecha de la audiometría de base		Confirmado 2 pruebas el mismo día	☐ Si	☐ No	PLH basal		

Prueba de Base	Fecha del teste		0.5kHz	1kHz	2kHz	3kHz	4kHz	6kHz	8kHz	PLH desde inicio	db Pérdida-Aprobado/Fallo**
Oído D		**dB**									☐ Aprobado ☐ Fallo
Oído I		**dB**									☐ Aprobado ☐ Fallo

Prueba de Rinne	**Oído D**		**Prueba de Weber**	
	Oído I			
Nombre del audiólogo		**Firma del audiólogo:**		

Si es aplicable, el empleado tiene una audiometría de salida de sus lugares de trabajo pasados? ☐ Si ☐ No **En caso afirmativo, complete abajo**

Audiometría de salida pasada	Fecha del teste		0.5kHz	1kHz	2kHz	3kHz	4kHz	6kHz	8kHz	PLH desde inicio	Comentarios
Oído D		**dB**									
Oído I		**dB**									

**** Criterios de aprobación / rechazo:**	Complete el cuestionario de audición en la forma 3 para todos los casos de pruebas auditivas anormales / audiometría.
Grupo de edad 18-39:	A 0,5, 1, 2 kHz-bilateral = <15dB, unilateral = <50db. A 3, 4, 6 kHz-bi y unilateral = <45dB.
Grupo de edad> 40:	A 0,5, 1, 2 kHz-bilateral = <25dB, unilateral = <50db. A 3, 4, 6 kHz-bi y unilateral = <45dB.

H3. Espirometría (adjunte impresión de papel de espirometría a este médico)

Paciente utiliza alguna forma de broncodilatador	☐ Si ☐ No	Si es así, cuál?		Cuando se utilizó por última vez	Minutos / horas

Coloque los 2 mejores resultados de las pruebas aceptables y reproducibles (FEV1 y CVF máximo) en los siguientes campos.

Espirometria	FEV1			FVC			FEV1/FVC			Interpretación (determinar la gravedad según corresponda)		
de base	Mesurado	Predicho	%Predicho	Mesurado	Predicho	%Predicho	Mesurado	Predicho	%Predicho	leve=leve	med.= mediano	sev.= severo
1										☐ Normal	☐ Restrictivo	☐ Obstructivo
2										Severidad	☐ leve	☐ med. ☐ sev.

H4. Radiografía de tórax (adjuntar informe de radiólogos al médico si corresponde)

Fecha de la radiografía de tórax		Calidad técnica	☐ Buena ☐ Aceptable ☐ Inaceptable
Tejido blando y hueso	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Pleura	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Parénquima pulmonar	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Corazón y vasos	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Presencia de opacidades	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Presencia de nódulos	☐ Normal ☐ Anormal	**Comentario:**	
Necesidad de referencia	☐ Si ☐ No	Si si, donde	☐ Radiólogo (informe) ☐ Otro:

H5. Prueba de la función cardiaca

ECG y perfil de riesgo cardiovascular para ser completado en todos los conductores.

	Resultados	**Frecuencia**	**Ritmo**	**Cualquier anormalidad**
EKG de reposo	☐ Normal ☐ Anormal			

Comentario (complete el perfil de riesgo en el formulario B como parte de la evaluación):

I. Investigaciones de Laboratorio

I1. Investigaciones de laboratorio (por favor adjunte la impresión del laboratorio según sea aplicable y disponible)

Todos los HEGs deben someterse a análisis de orina, pruebas de glucosa en sangre aleatorias, hemograma completo, prueba VDRL, detección de colesterol total / colesterol LDL, pruebas de drogas de 2 paneles (cocaína, cannabis) y prueba de embarazo (en mujeres) antes del empleo. Las pruebas de HbA1c se realizarán basándose en resultados anormales de las pruebas de glucosa en sangre para determinar el control a largo plazo. Otras pruebas de perfil lipídico que deben realizarse basándose en el resultado de la prueba de colesterol total / LDL. Otros exámenes que pueden ser requeridos sólo pueden ser realizados con la aprobación de la coordinadora de salud de MPSA, o no serán pagados.

Análisis de orina	Sangre	☐ Normal ☐ Anormal	Azúcar en la sangre aleatorio	Nivel HbA1c	Colest Total	LDL	HDL	TGL
	Proteina	☐ Normal ☐ Anormal						
	Glucosa	☐ Normal ☐ Anormal						
	Cetonas	☐ Normal ☐ Anormal						

Anticuerpos contra la hepatitis B	HBsAg negativo	☐ Si ☐ No		**Detección de drogas (con comentario)**
	Anti-HBs positivo	☐ Si ☐ No		

Hemograma							**Otras pruebas**	
Hb	HCT	MCV	RBC	WBC	Plaquetas	grupo sanguíneo	VDRL	Embarazo
							☐ Pos	☐ Pos
							☐ Neg	☐ Neg

K. Investigaciones músculo-esqueléticas

K1. Prueba musculoesquelética

Area	Postura / Andar	Musculatura / Fuerza	Rango de movimiento	Reflejos
Columna cervical	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	
Toracolumbar	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	
Miembros superiores (I)	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal
Miembros superiores (D)	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal
Miembros inferiores (I)	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal
Miembros inferiores (D)	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal	☐ Normal ☐ Anormal
Elevación de pierna recta	**Pierna I** ☐ Normal ☐ Anormal	**Pierna D** ☐ Normal ☐ Anormal	prueba de equilibrio-Romberg ☐ Normal ☐ Anormal	

Detalles de cualquier restricción o anormalidad:

K2. Proyección de demandas físicas

Todos los HEGs requieren esta prueba.

Pueden ambas manos tocar la parte posteriora de la cabeza fácilmente y en un movimiento liso?	☐ Si ☐ No
Equilibrio en la pierna D durante 5 segundos continuos sin cansarse, perde el equilibrio o los brazos se alejan de su cuerpo?	☐ Si ☐ No
Equilibrio en la pierna I durante 5 segundos continuos sin cansarse, perde el equilibrio o los brazos se alejan de su cuerpo?	☐ Si ☐ No
Capacidad para realizar 10 flexiones contra una pared recta	☐ Si ☐ No
Realizar 20 x sentadilla completa correctamente (sin parte trasera viene primero) sin interrupción (notar parte trasera)	☐ Si ☐ No
Realice un levantamiento del dedo del pie 20 x con pierna derecha, con una superficie de apoyo (cama / escritorio) para sus manos	☐ Si ☐ No
Realice un levantamiento del dedo del pie 20 x con pierna izquierda, con una superficie de apoyo (cama / escritorio) para sus manos	☐ Si ☐ No
Camine una distancia de 3m en sus talones con los dedos del pie levantados sin perder el equilibrio, poniendo sus dedos del pie abajo o quejándose del dolor	☐ Si ☐ No
Levante un peso de 4,5 kg desde el suelo hasta la altura de la cintura 5 veces sin queja de dolor o uso de postura inusual.	☐ Si ☐ No

Detalles de cualquier restricción o anomalías:

Administración

Fecha del chequeo de salud: (dd / mm / aaaa)			
Detalles del médico examinador			
Nombre médico examinador (imprimir):		Firma del Médico	
Número de registro del médico examinador		Fecha de la firma	
Nombre de la instalación médica:		**Sello de la clínica**	
Clínica Teléfono:			
Dirección de la clínica:			

Previa a la colocación Certificado médico de aptitud para trabajar

Detalles del empleado					
Apellido (s)		Nombre		Número HEG	
Fecha de nacimiento		Número de identificación		Empresa	
Función de trabajo propuesto		Departamento principal			

Perfil de exposición al riesgo ocupacional					
Polvo respirable	☐ Si	☐ No	Otros contaminantes atmosféricos (niebla, humos, gases)	☐ Si	☐ No
Calor	☐ Si	☐ No	Humos de soldadura	☐ Si	☐ No
Ruido (>85dBa)	☐ Si	☐ No	Vibración y / o manejo manual	☐ Si	☐ No
Sustancias químicas (riesgo de la piel)	☐ Si	☐ No	Sustancias químicas (riesgo por inhalación)	☐ Si	☐ No
Radiación UV	☐ Si	☐ No	Radiación	☐ Si	☐ No
Plomo	☐ Si	☐ No	Arsénico	☐ Si	☐ No
Amianto	☐ Si	☐ No	Otro:	☐ Si	☐ No
Principales consideraciones de seguridad					
Trabajo sedentario	☐ Si	☐ No	Conducción (mercancías peligrosas o pasajeros)	☐ Si	☐ No
Conducción (otro no pasajero)	☐ Si	☐ No	Conducir por la noche	☐ Si	☐ No
Trabajo en alturas	☐ Si	☐ No	Uso de un respirador	☐ Si	☐ No
Trabajo en espacios confinados	☐ Si	☐ No	Trabajo cerca de piezas mecánicas en movimiento	☐ Si	☐ No
Riesgos biológicos (inc manipuladores de alimentos)	☐ Si	☐ No	Embarazo	☐ Si	☐ No

Conclusión de la evaluación de salud ocupacional	
A la fecha de esta evaluación, se considera al empleado / candidato (por favor, elija uno de los siguientes y explique cualquier restricción en detalle):	
☐	Apto para los requisitos básicos del trabajo (capaz de realizar todas las actividades de trabajo descritas para el cargo)
☐	Se ajustan a los requisitos básicos del trabajo en las siguientes condiciones (por ejemplo, necesidad de usar gafas / exposición limitada / capacidad funcional):
☐	Se ajustan a los requisitos básicos del trabajo, pero tiene una condición médica, lo que resulta en las siguientes restricciones
	Es probable que estas restricciones sean: ☐ Permanentes ☐ Temporal… de duración anticipada:_____
☐	Adecuado para trabajar temporalmente sin restricciones, pero se requiere un seguimiento para determinar la aptitud física permanente para el trabajo: Calendario de seguimiento:_____
☐	Inapropiado temporalmente para los requisitos básicos del trabajo, en espera de lo siguiente:
	Período de probable incapacidad temporal:_____
☐	No apto para realizar las actividades de trabajo requeridas para la posición

Clasificación de Salud Ocupacional			
A la fecha de la evaluación, describa cualquier enfermedad o lesión profesional preexistente potencial que afecte al individuo, si de hecho son aptas para los requisitos básicos del trabajo.			
☐	Actualmente no hay signos de enfermedad o lesión profesional preexistente		
☐	Existen posibles signos de enfermedad profesional preexistente, como sigue:	☐ Pérdida auditiva inducida por ruido	☐ Enfermedad respiratoria
		☐ Estado musculoesquelético	☐ Enfermedad de la piel
		☐ Otro: _____	
	Acciones recomendadas para la gestión continua	☐ Se requieren más pruebas ☐ Gestión del control de la exposición	☐ Uso efectivo del EPP
		☐ Otros:	

Observaciones y plan de acción para la vigilancia de la salud, según se requiera

Próxima fecha de seguimiento	

Detalles del médico examinador			
Nombre médico examinador (imprimir):		Firma del Médico	
Número de registro del médico examinador		Fecha de la Firma	

Formulario A: Cuestionario de detección de TB

Formulario A: Cuestionario de detección de la tuberculosis (que se realizará sobre la base de la exposición al riesgo y para los manipuladores de alimentos)					
1	Ha estado en contacto cercano con una persona que tenía tuberculosis en el pasado:	3 meses	Si	No	no estoy seguro
		6 meses	Si	No	no estoy seguro
		12 meses	Si	No	no estoy seguro
2	Se ha diagnosticado a alguien de su hogar con TB?		Si	No	no estoy seguro
3	Ha tenido una tos fuerte que ha durado 2 semanas o más?		Si	No	no estoy seguro
4	Recientemente usted ha tosido sangre en su esputo?		Si	No	no estoy seguro
5	Ha experimentado una reciente pérdida de apetito?		Si	No	no estoy seguro
6	Ha perdido más de 3 kg de peso en las últimas 4 semanas?		Si	No	no estoy seguro
7	Ha estado sudando inusualmente por la noche?		Si	No	no estoy seguro
8	Ha tenido fiebre recurrente / escalofríos que han durado más de tres días?		Si	No	no estoy seguro
9	Ha experimentado dolor de pecho o dolor de espalda?		Si	No	no estoy seguro
10	Ha experimentado una falta de aire reciente y / o dificultad para respirar?		Si	No	no estoy seguro
11	Tiene hinchazones o bultos en el cuello, las axilas o en otra parte?		Si	No	no estoy seguro

Comentarios de lo médico que examinó (describa más detalles para todas las respuestas SI):

Si el candidato tiene un posible contacto reciente (preguntas 1 y 2), además de cualquier síntoma sospechoso, sospecha la tuberculosis e investiga más. Si la respuesta es afirmativa a más de 2 preguntas de 3-10, investigue la TB.

Formulario B: Herramienta de evaluación del riesgo cardiovascular

Formulario B: Herramienta de evaluación de riesgo de enfermedades cardiovasculares

Existen varias metodologías de predicción de riesgo cardiovascular disponibles en gran parte basadas en el Framingham Heart Study, con el gráfico de predicción de riesgo adjunto como herramienta de evaluación para guiar la toma de decisiones clínicas en la aptitud de un individuo para trabajar en áreas remotas donde la enfermedad cardiovascular puede plantear riesgo para la seguridad.

Gráfico de predicción del riesgo de enfermedades cardiovasculares

Paso 1: puntos de círculo para cada uno de los siguientes factores de riesgo

Edad (mujer)				Edad (hombre)			
Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos	Edad	Puntos
30	-12	41	1	30	-2	48-49	9
31	-11	42-43	2	31	-1	50-51	10
32	-9	44	3	32-33	0	52-54	11
33	-8	45-46	4	34	1	55-56	12
34	-6	47-48	5	35-36	2	57-59	13
35	-5	49-50	6	37-38	3	60-61	14
36	-4	51-52	7	39	4	62-64	15
37	-3	53-55	8	40-41	5	65-67	16
38	-2	56-60	9	42-43	6	68-70	17
39	-1	61-67	10	44-45	7	71-73	18
40	0	68-74	11	46-47	8	74	19

Colesterol HDL		Colesterol Total		Presión arterial (sistólica)		Otros factores	
mmol/l	Puntos	mmol/l	Puntos	mmHg	Puntos		Puntos
0.65 - 0.68	7	3.60 – 3.99	-3	98-104	-2	Fumar	4
0.69 – 0.76	6	4.00 – 4.30	-2	105-112	-1	Diabetes (hombre	3
0.77 – 0.84	5	4.31 – 4.60	-1	113-120	0	Diabetes (mujer)	6
0.85 – 0.90	4	4.61 – 5.19	0	121-129	1	EKG-LVH	9

0.91 – 0.99	3	5.20 – 5.69	1	130-139	2	Registre 0 puntos si los factores anteriores no están presentes
1.00 – 1.09	2	5.70 - 6.19	2	140-149	3	
1.10 – 1.19	1	6.20 – 6.79	3	150-160	4	
1.20 – 1.30	0	6.80 – 7.49	4	161-172	5	
1.31 – 1.43	-1	7.50 – 8.19	5	173-185	6	
1.44 – 1.56	-2	8.20 – 8.55	6			
1.57 – 1.70	-3					
1.71 – 1.89	-4					
1.90 – 2.07	-5					
2.08 – 2.25	-6					
2.26 – 2.49	-7					

Paso 2: Calcule el puntaje de riesgo agregando puntos del paso anterior:

Edad	+	C-HDL	+	C-Total	+	PA	+	Fumar	+	Diabetes	+	EKG-LVH	=	Total

Paso 3: Determinar la predicción de riesgo correspondiente al puntaje total de la tabla siguiente (circular resultado):

Puntos	10años- CVD risk%	Puntos	10años- CVD risk%	Puntos	10años- CVD risk%	Puntos	10años- CVD risk%
<1	<2	10	6	19	16	28	33
2	2	11	6	20	18	29	36
3	2	12	7	21	19	30	38
4	2	13	8	22	21	31	40
5	3	14	9	23	23	32	42
6	3	15	10	24	25		
7	4	16	12	25	27		
8	4	17	13	26	29		
9	5	18	14	27	31		

Paso 4: Interpretación de los resultados:

10 años de riesgo de ECV <10%	Considerado bajo riesgo
10 años de riesgo de ECV 10-15%	Considerado de RIESGO MEDIO: Requiere seguimiento adicional con MG o cardiólogo para el perfil de riesgo o manejo y posiblemente pruebas adicionales
Riesgo de ECV a 10 años> 15%	Considerado de alto riesgo: Requiere seguimiento adicional con MG o cardiólogo para el perfil de riesgo o la gestión y posiblemente pruebas adicionales. Aptitud para trabajar en lugares remotos y en ciertos trabajos de alto riesgo basados en el asesoramiento del Coordinador de Salud del Grupo / resultados de otras pruebas.

Formulario C: Cuestionario de audiometría

Formulario C: Cuestionario de detección de audiometría (que se realizará para cualquier prueba de audiometría / audición anormal)

1	cómo es su su audición?	Excelente	Buena
		Razonable	Mala
2	Le gusta escuchar música a alto volumen, incluyendo el uso de auriculares?	A menudo-diario	Una vez a la semana
		Una vez al mes	Nunca
3	Ha estado expuesto a ruidos fuertes en las últimas 16 horas?	Si	No
4	Ha tenido un resfriado o gripe recentemente?	Si	No
5	Actualmente tiene dolor o secreción (pus o líquido que sale) en uno o ambos oídos?	Si	No
6	Ha tenido infecciones del oído a menudo / dolor de oído / descarga cuando niño?	Si	No
7	Alguna vez experimento un sonido de silbido o zumbido en los oídos?	Si	No
8	Ha tenido una lesión grave en la cabeza antes?	Si	No
9	Alguna vez ha sido tratado para la tuberculosis u otras infecciones con inyecciones diarias o dos veces diarias durante períodos largos?	Si	No
10	Ha tenido una lesión en cualquier oído antes, o estado cerca de una explosión o explosiones sin orejeras o tapones para los oídos?	Si	No
11	Usted ha utilizado previamente / usa actualmente con regularidad armas de fuego - la caza, ejército, campo de tiro?	Si	No
12	Usa protección para los oídos:	Si	No
	Si es así, qué tipo de protección	Tapones para los oídos	Orejeras de plástico
		Inserciones moldeadas	orejeras
		Otros:_____	

Comentarios de los médico que que examinó (describir con más detalle para todas las respuestas SI):